

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ УРГАНЧ ФИЛИАЛИ

ФАКУЛЬТЕТ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСИ

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ 4 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН ФАКУЛЬТЕТ
ТЕРАПИЯ ФАНИДАН МАЪРУЗА МАВЗУСИ

УРГАНЧ- 2006

Маруза матни факультет терапия фанидан Тошкент Тиббиёт Академияси
Урганч филиали марказий услубий хайъати томонидан муҳокама қилиниб
(баённома №____) ва филиал илмий Кенгаши томонидан тасдиқланди
(баённома №____)

МУХ раиси,
Профессор

Нуралиев Н.А..

МАЪРУЗА МАКСАДИ: Сурункали пиелонефритни келиб чиқиш
сабаблари, таснифи, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари
ва профилактикасини талабаларга етказиш.

Тарбиявий максадлар: Материални кенг ёритиб бериш йули
билан талабаларни шу муаммага кизиштириш, шу касаллик

диагностикаси ва даволашдаги охирги янгиликлар билан таништириш. Адабиётлар билан мустақил ишлашга кизиқиш уйғотиш.

Маърузани вазифалари: ʻрганилаётган муаммонинг этиология, патогенез клиникаси, касалликнинг клиник кечиш хусусиятлари ҳамда диагностика ва даволашнинг замонавий усуллари ақтуаллигини ҳозирги замон талаби миѳиёсида асослаб бериш.

Муаммони долзарблиги: Сурункали пиелонефрит муаммоси ички касалликлар потологиясида асосий уринлардан бирини эгаллайди. Касалликнинг кенг тарғалганлиги, кечишининг ʻзига хослиги ва диагностикадаги кийинчиликлар муаммонинг аҳамиятлилигини яна бир қарра тасдиқлаб туради.

Маъруза режаси:

Маърузани максади ва вазифаси	- 5 минут
Этиология ва патогенези ёритиш	- 15 минут
Классификация ва клиника	- 25 минут
Танаффус	- 5 минут
Беморни курсатиш	- 10 минут
Лаборатор-инструментал диагностика	- 10 минут
Таѳтослаш ташхиси	- 5 минут
Даволаш ва профилактика	- 15 минут
Хулоса . Саволларга жавоб	- 5 минут

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ (СП)

Пиелонефрит – буйрак косачалари, жомлари ва буйрак паренхимасининг ялигланиши билан бирга купрок интерстициал тукумани шикастловчи жараёндир.

Америка олимлари Уолтер Е. Стамм, Марвин Турк – сурункали интерстициал пиелонефрит бактериал инфекция окибатида келиб чикувчи касаликка сурункали пиелонефрит деб аташади (10 жилдлик «Ички касалликлар» маълумотномаси, мухаррир доктор Т.Х.Харрисон, 6 жилд мухаррири Е. Браунвальд. Вашингтон. 1987, Москва. Медицина. 1995, 341 саҳифа)

Бу касаллик купична 40 ёшгача бормаган аёллар, уларнинг купчилиги хомиладорлик даврида касалланишади. Гоҳо у ёш болаларда ҳам учрайди. Картайган эркаклар аёлларга нисбатан купрок касалланишади. Бу простата аденомасининг ривожланиши туфайли сийдикни туриб қолишидан юзага келади. Сурункали пиелонефрит купинча кандли диабет касаллиги кечишини оғирлаштиради. У транспорт бошқарувчилар, оғир саноат дастгоҳларида ишловчиларда тезрок ривожланади.

ТАСНИФ. Пиелонефритларни кечишида бир неча таснифлар тавсия килинган. Булар Пелешук А.П. (1983), Комаров Ф.И. (1990) ва Пытель Я.А. (1997), Шульцев (1983) тавсияси IX қайта қуриб чиқилган Халқаро Касалликлар таснифи (ХКТ) асосида Брюховецкий А.Г. (1991) ишлаб чиққан таснифлардир. Булар ичида Брюховецкий таснифи муқаммалроқ ҳисобланади.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ ТАСНИФИ.

Брюховецкий А.Г. (1991).

ШИКАСТЛАНИШ ЙУЛИ

- бирламчи (гематоген)
- иккиламчи (уриноген)

ЖОЙЛАШИШИ

- бир томонлама
- икки томонлама
- яқка буйрак пиелонефрити

КАСАЛЛИК ФАЗАСИ

- зурайган.
- бекарор тинчиган.
- тинчиган (ремиссия).

КЕЧИШИ

- Яширин (латент)
- қайталанувчи
- прогрессивли.

АСОСИЙ СИНДРОМЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИ

- артериал гипертензия
- сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ)
- паранефрит.
- гидронефроз.
- уросепсис.
- дистрофия.
- камқонлик.

Бу таснифга биноан пиелонефрит бирламчи ёки асоратсиз (гематоген) иккиламчи асоратли (кутариловчи) пиелонефритларга бўлинади. Бирламчи пиелонефрит бошланишидан олдин буйрак ва сийдик йулларида узгариш бўлмайди. Иккиламчида буйрак ва сийдик йулларида органик ёки функционал жараён ётади. Бирламчи пиелонефрит анча кам учрайди. Сурункали пиелонефрит 75% икки томонлама бўлади.

Пиелонефрит асосида буйраклар ародинамикасини бузилиши ва ялигланишини бошланиши билан буйрак тукумаларининг инфекцияна бўлган сезгирлигининг йуқолиши ётади.

Кузгатувчиларга: грам негативли бациллалар – коли, протеус клебсиелла, псевдомонас, бактериодес, грам негативли кокко бациллалар – коринебактериум, лактобациллус, грам позитивли кокклар – стафилококкус эпидермидис, стафилококкус сапрофитикус, стрептококкус фекали, стрептококкус агалактице, грам негативли кокклар – Нейссерия гоноррея, замбуруглар (кандида, хламидия трахоматис, уреоплазма уреолитикум, микоплазма хоминис) киради.

Гематоген йул билан куйидаги бактериал флора: энтерококкус коли, стрептококкус агалактика, стафилококкус аурес, кандида, сил микобактериялари, хар хил вируслар шистозамалари катнашиши мумкин.

Касалликни келиб чиқишда L шаклли бактерияларни катнашиши аниқланган. Инфекция асбоб-ускуна, жаррохлик амалиёти ва жинсий алоқа билан утади. Шу нарса аниқли яширин ашаддий кузговчи уз жойида доимо факат уродинамика бузилишини ва хужайинига зарар келтиришни кутиб туради. Сурункали пиелонефритда флора аралаш бўлади.

Пиелонефрит келтириб чиқарадиган омиллардан сийдик утишини бузилиши, кейинчалик уреостаз билан (сийдик найини торайиши, кийшайиши, нефроптоз, сийдик йуллари аномалияси) ташки таъсирот туфайли сийдик йулини босилиши катта аҳамиятга эга.

Пиелонефрит ривожланишига кандли диабет, подагра, нефрокальциноз, калий микдорини камайиши, аналгетикларни суйиистеъмом килиш, буйрак ташқариси яллигланишлари (энтерит, ангина, зотилжам, йиринглашлар), урогенитал тузум яллигланиш касалликлари (простатит, цистит, аднексит, вульвовагинит ва бошқалар) имконият яратади.

Профессор Б.И. Шулуток раҳбарлигидаги Ленинград санитария-гигиена институти факультет терапия кафедраси гипотетик концепцияси мавжуд.

Иммун меҳнаизмлар иштироки унчалик аниқ ва дадил бўлмасада тукумага мос НЛАВЗ зидди генига боглиқлик бор. Пиелонефрит беморларининг гломерулонефритга қарши сийдигида қарши зидди тана иммун комплекслари аниқланади.

Жомда димланган (туриб қолган) сийдик инфекцияланган бўлади. Инфекцияланган сийдик сургич соҳасига киради ва натижада тукумасини инфекцияланишига шароит яратади. Кейин инфекция найчаларга утиб буйрак тукумасига тарқалиб коптокчаларга етиб боради. Бунда итерстиционал яллигланиш коптокча томирларини ишемиясига қолиб келади ва бунинг оқибатида интерстициал склероз ривожланиб коптокчалар қандикланади. Сунг гломерулосклероз ривожланади.

Пиелонефритли беморларнинг 67%ни аёллар ташкил қилади, шулар ичида 60-70% эса 20-40 ёшдагилардан иборат бўлади.

ПАТАНАТОМИЯСИ. Патанатомик узгаришлар буйракда яллигланган ва склерозланган учоғлар орасида узгармаган тукумалар учрайди. Бунда унғ ва чап буйрак хар хил қатталиқда бўлиб, жомлари қенгайган, девори қалинлашган бўлади.

Пиелонефритда қузатиладиган патологик жараён 4 босқичда утади:

1 босқич – коптокчалар узгармаган, йигувчи найчалар бир текисда атрофияланган ва оралик тукума инфильтрацияланган.

II – баъзи коптокчалар гиалинлашган, найчалар жиддий атрофияланган, яллигли инфильтрация камайган ва бирлаштирувчи тукима усиб купайган.

III – коптокчаларнинг анчаси гиалинлашган ва улган (некрозга учраган сийдик найчалари фаркланмаган эпителий билан копланган ва коллоид билан тулган)

IV – буйракнинг юпкаланган пустлок кисми асосан лимфоцитар инфильтрацияга лик тулган сийраклашган магизли бирлаштирувчи тукимадан иборат.

КЛИНИК МАНЗАРА. Касаллик купинча сийдик йулларининг уткир яллиглиниш жараёни – уткир цистит ёки пиелитлардан бир неча йил утгандан кейин аникланади. Баъзида сурункали пиелонефрит уткир пиелонефрит даволанмаслиги окибатида ривожланади, гоҳо касаллик бошланишидан уткир аломатларсиз кечади. Купинча бошлангич белгилари нихоятда кам, айникса, бошлангич боскичларида бемор бошка касаллиги буйича сийдиги текширилгандан кейин ёки буйрак етишмовчилик белгилари пайдо булганда, артериал гипертония аникланган кишиларда топилади. Уткир пиелонефритни сурункалига утиши тинчиган, лекин фаол яллигланиш учоги, маҳаллий сабаблар ҳамда етарли даво килинмаган ёки давони эрта тухтатилганда юзага келади.

Сурункали пиелонефритли беморлар ҳақимга купинча тез чарчаш., кувватсизлик, бош огриги, эпигастрал сохада огрик, хароратни субфебрил булишига шикоят киладилар. Сабабсиз бошлангич цистит, сийдик ажралишнинг бузилиши (дизурия) аломатлари пиелонефритни яширин кечишдан далолат бериши мумкин.

Сурункали пиелонефритда огир тумток, доимийлиги билан хусусиятли булиб, буйрак соҳасида жойлашиб, яллигланиш жараёни зурайишида ва буйрак соҳасини икки кул билан (биманул) текширганда кучаяди. Тана харорати сийдик чикишга тусик пайдо булганда ва зурайганда кутарилади.

Буйракда яллигланиш жараёни зурайиши даврида ёки буйрак етишмовчилиги боскичида конда узгаришлар руй бериши мумкин: ЭЧТ купинча бироз кутарилади.

Сурункали пиелонефрит узок давом этади, айникса, у бир томонлама булганда ноаник иситма билан кечганда даврий зураяди, сунг узок вақтгача билинмайди. Мумтазам ва узок даволанганда жараён зурайишнинг олди олинади.

Сурункали пиелонефрит бир неча хил шаклда кечади.

- **Латент шаклда** клиник аломатлари жуда кам. Бунда беморлар холсизлик, тез чарчаш, камрок хароратни субфебрил булиши мумкин. Объектив текширганда узиға хос белгилар булмайди. Баъзи беморларда Пастернацкий белгиси мусбат булади. Сийдик куп ажралади, унинг солиштира огирлиги пасайган, бироз протеинурия кузатилади. Гоҳо-гоҳо лейкоцитурия, камконлик, артериал босим бироз кутарилган булади.

- **Гипертоник (гипертензив) шаклда** артериал босим 50-60% беморлар кутарилиб, бунда купинча бош огриги, бош айланиш, уйкуни бузилиши, гипертоник криз, юрак соҳасида огрик, хансираш, бугилиш белгилари билан намоён булади. Сийдик синдроми (протеинурия, лейкоцитурия) яккол эмас. Беморлар узок вақт гипотензив дорилар олиб юрган булади. Гипертензиянинг хақикий сабаби аникланмайди.

- **Азотемик шакли** купинча сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланганда аникланади. Бунда беморларнинг азот ажратиш функцияси узок вақт меёрда сакланиб туради. Беморларнинг концентрациялаш қобилятини пасайиши анча эрта бошланади ва у буйрукни мия катлами яллигланишидан дарак беради.

Артериал босимни кутарилиши буйрак етишмовчилиги билан бирға келиши мумкин. Кон босими ошиши жараёнға буйрак артериаларини тортилиши туфайли буйрак ишемияси окибатида юзаға келади. Гипертонияни келиб чикишида ренин-ангиотензин механизмини ишға тушиши ва альдостеронни куп микдорда ишлаб чикилиши катта аҳамиятға эға. Кон босими кутарилишини купчилик беморлар деярлик қийналмай утказишади. Сурункали буйрак етшмовчилигида полиурия, поллакиурия, никтурия кузатилади. Сийдик текширилганда гипоизостенурия, бироз протеинурия, лейкоцитурия булади.

ДИАГНОСТИКА. Диагноз куйишда беморнинг анамнези, лаборатор, рентгенологик, радиоиндикацион, морфологик (биопсия) текшириш маълумотлари муҳим аҳамиятга эгадир.

Умумий сийдик анализидида биров протеинурия, микрогематурия аникланади. Пиурия доимий ёки вақти-вақти билан булиб-булмай туради. Шикастланган буйрак бўлмағу бориши билан сийдикда узғаришлар камайиб боради. Сийдикни солиштирма оғирлиги иккинчи соғлом буйракнинг гипертрофияланиши туфайли меёрида бўлади. Касалликнинг охириги босқичида сийдикда факат оксилнинг изларини аниклаш мумкин. Шу боисдан гематурия, лейкоцитурия ва цилиндурия йўқолиб боради.

Сийдик чукмасида бошқа элементларга нисбатан лейкоцитлар купрок бўладики, уларни Каковский-Аддис ва Нечипоренко синамаси ёрдамида аниклаш мумкин.

Яширин (латент) кечувчи пиелонефритда касалликни аниклаш учун преднизолон ёки пирогенал тестлари ёрдам беради. Преднизолон тестида преднизолонни беморга бергандан кейин 1 соат мобайнида олинган сийдигида лейкоцитларнинг сони $0,4.10^9/л$ ва ундан ошқача аникланса ижобий (мусбат) дейилади.

Буйракларнинг функционал текшириш усуллари ичида хромоцистоскопия ва экскретор урография яхши ёрдам беради. Бунда, буйрак бир томонлама шикастланган бўлса шикастланган буйракни аниклаш мумкин. Инфузион усулли экскретор урограммада ёки ретроград урографияда пиелонефритни бошланғич босқичларидаёқ буйракни концентрациялаш қобилиятини пасайиши ва рентгеноконтраст моддасини секинлашиши, жом, косача ва сийдик йўли тонусини бузилиши, косача ва жомларини кенгайиши, форникслар шаклини бузилиши билан аникланади.

Изотопли ренография буйраклар ва юқори сийдик йўллариининг функционал ҳолатини қайси ҳолатдалигини аниклашга имкон беради. Сканограммада изотоп тупланишини камайиши, уни нотекис тарқалиши, буйраклар чегарасини ноаниклигини белгилаб бериши мумкин.

Буйраклар биопсияси (тери орқали ёки ярим очик) диагностик қийинчиликлар тугилганда, масалан, пиелонефрит артериал гипертензия билан гломерулонефрит билан бирга кечишда фойдаланилади. Пиелонефритда шикастланиш учоғли бўлгани учун биопсия қилганда патологик учогдан керак бўлган кичик туқимани ҳамма вақт ҳам олиб бўлмайди.

Ультратовуш текширувида косача-жом тузумини зичлашганлиги ва кенгайганлиги, уларнинг нисбий зичлигини ошганлиги аникланади. Касаллик охириги босқичларида паренхиманинг акустик зичлигини ошганлигини ва жом-косача тузumi билинмай қолиш даражасигача боришини белгилаб беради. Гоҳо буйрак ангиографиясини қилиш лозим бўлади. Сурункали пиелонефритда буйракнинг томир архитектоникасини бузилиши руй беради.

ФАРҚЛИ ДИАГНОЗ. Купинча сурункали пиелонефритни сурункали гломерулонефрит, нефросклероз ва буйраклар амилгидози, ҳафакон касаллиги, диабетик гломерулосклероздан фарқлаш лозимлиги тугилади.

ДИАГНОЗНИ ШАҚЛЛАНТИРИШ.

Сурункали пиелонефрит, бирламчи (гематоген), унғ томонлама, зурайган фазаси, қайталаниб кечувчи, артериал гипертензия, сурункали буйрак етишмовчилиги.

ДАВОЛАШ.

- **Пархез** – аввайловчи таом касалликни ҳамма шакли, ҳамма босқич, ҳамма фазаларида буюрилади. Бунда овқат моддаларидан уткир зироварлар гушт, балиқ қайнатмаси, алкоголь, кофе ва какао мумкин эмас. Овқат – таом етарли калорияга эга, витаминли, оксил, ёғ, карбон сувлар керакли микдорда бўлиши керак.

Рационга ҳамма сабзавот ва хул мевалар, айникса калий элементга мул булган (картошка, каром, савзи,, лавлаги, олхури, урик, анжир), сут-катик махсулотлари, тухум, кайнатилган балик, гушт, суюклик микдори кеча-кундузга 1,5-2л шарбатлар, кисель, кам минералли сувлар. Сийдик чикиши тугилганда улар бироз чекланади.

Яширин пиелонефритда туз 8-12 г, гипертензияда 2-4 г, буйраклар функциясининг пасайиши тургун булган гипертензияда бушатиш кулари (сабзавот, хул мева) тайинлаш мақсадлидир. Камконлик синдромида темир ва кобальтга мул (кулупнай, олма, нок, анор), ҳамма шаклларда, узум, ковун, тарвуз, ковок берилади.

ДОРИЛИ ДАВО.

Антибактериал дорилар ухок муддатда берилади. Бунда дорига таъсирчансиз (тургун-резистент), дисбактериоз, дорини нжуя таъсири ва асоратлар беришини хисобга олиш лозим.

Дорини беришдан олдин сийдикни экиш, антибиотикограммасини аниклаш албатта катта ахамиятлидир. Сийдикда аникланувчи эпидермал стафилококк, протей узок вақт ялигланиш сабабчиси булмаслиги мумкин. Гоҳо умумий кувват берувчи дориларни истеъмол килганда бактериурия йуколиши мумкин. Бактериурия буйрак бужмайганда булмайди. Одамда оддий учрайдиган меърий вегетацияловчи микробларга қарши антибактериал даво дори таъсир этмасликка, кандидаурияга олиб келиши мумкин. Бактрицид дорилар пиелонефрит зурайиш даврида цикл билан, бактериостатикларни яширин даврда тухтовсиз берилади. Дориларни 2 хафтадан ортик ёки киска давр (2-4 кун) берилмаслиги керак. Купинча эритромицин, фаниламид, тетрациклин, стрептомицинга резистентлик учрайди.

Купчилик беморларга нитрофуран ва сульфаниламидлар берилади. Кенг таъсир этувчи антибиотикларни юкоридагилар самара бермаганда, айникса уткир хамла ва зурайишида фойдаланиш лозим.

Антибиотикларни сульфаниламидлар билан бирга берганда сийдик фулларида кристаллар тупланишига қаршилиқ килади.

Антибактериал даво йиллар давомида хар ойда 10 кун берилиши лозим. Агар бунда хам ахвол яхшиланмаса, сийдикда микрофлора экилса, даво тухтовсиз, аммо дорилар алмашлаб берилиши лозим.

Микрофлора вирулентлигини пасайтириш учун сийдик реакциясини хар 10-14 кунда аниклаб турилади, рНни пасайтириш учун клюква, брусника морса, лимон шарбати, уротропин, рН ни кутариш учун бикарбонат натрий ишқорли минерал сув берилади.

Камконликларда темир, фольи кислотаси, пиридоксин, цианкобаламик анаболик гормонлар, эритроцитар масса, конни узини куйиш лозим.

ЖАРРОХЛИК ДАВО. Сийдик окиш, унинг утиши кийинлашганда (тошлар, простата аденомасини олиш) бажарилади. Жаррохлик амалиёти сийдик стазини яхшилаш учун икки томонлама пиелонефритда хам килиш мумкин.

СИХАТГОХ-КУРОРТ. Бунда кам минералли сувлар ичиш тавсия килинади. Бальнео-ичириладиган курортлардан Трускавец, Железноводск, Березов минерал сувлари, Жермук, Кука (Байкал орти), минерал сув ичиш, бальнес-даво (умумий ванна, сув остида ичакни ювиш), физиода (иссик) берилади. Ўзбекистонда Бухоро яқинидаги Ситораи Мохи хоса Туркменистондаги Байрам – Али сихатгохлари яхши фойда беради.

Сихатгох-курорт даво юкори гипертензия, жиддий камконлик, уродинамикани бузилиши, буйрак етишмовчилигида мумкин эмас.

Климатологик курортларга беморлар юборилмайди. Улар доимо диспансер кузатувида булишлари лозим.

Сурункали пиелонефритнинг фаолсиз фазасида УВЧ, ультратовуш, электрофорездан фойдаланиш мумкин.

ОКИБАТ. Икки томонлама пиелонефрит окибати касаллик боскичига боглик. Эрта боскичларда беморни бадалли буйрак етишмовчилигида мувина микдори бир меёрида, сув электролит бузилишларсиз узок муддатлаб туриш мумкин. Кейинги боскичлари нефросклероз, сурункали гломерулонефритга караганда деярлик огир эмас.

Сурункали пиелонефритни эрта аниклаш, узок ва астойдил даволаш - согайишга олиб келиши мумкин. Агар 2 йил давомида иситма, пиурия, шикоятлар булмаса бемор тузалди дейиш мумкин. Беморлар муддат ишлаш кобилиятларини саклашлари мумкин. Улар олиб бораётган хизматларини давом эттиришлари мумкин, лекин уларга совкотиш, чарчаш мумкин эмас. Юкори, узок давом эттирувчи гипертензия, сурункали буйрак етишмовчилигини кушилиши беморларни ишлаш кобилиятини пасайишига, йукотишига олиб келади.

Олдини олиш. Сурункали пиелонефритни олдини олиш чораларига утकिр пиелонефрит беморларни согайтириш, диспансер кузатувини яхши олиб боришдан иборат. Тургун бактериурияни бартараф килиш учун копростаз, сурункали колит, холициститни даволаш, огиз ва халкум бушлиги инфекциясини олдини олиш ва мавжуд инфекциясини олдини олиш ва мавжуд инфекцияда тозалашзарур. Хомиладорларда хомиладорлик даврида бактериурияни йукотиш зарур.

Тошли пиелонефрит ривождланишининг олдини олиш учун эрта жаррохлик амалиёти: конкрементларни олиш, инфекцияларда (нефростомия) жомни бушатиш. Сийдик йулларини катетеризация килишни умуман курсатма буйича килиш.

Умумий гигиеник чоралар, тугри овкатланиш, етарли микдорда витаминлар билан, интеркуррент инфекциянинг олдини олиш, хар ойда 10 кундан мунтазам антимикроб дориларни канда килмасдан ичиш.

АМАЛИЁТДАН МИСОЛЛАР.

Бемор Б, 26 ёшда, тана харорати 37,8⁰ гача кутарилишига, калтирал билан, белдаги огрикларга, сийшда огрикларга шикоят килиб келган. Биринчи касал булиши 6 йил аввал хомиладорлик пайтида кузатилган. Объектив: тери копланлари рангпар, озгин. Куз ости ковоклари шишган. АKB 100/69. Аускультацияда: юрак тонлари бугиклашган, хамма нукталарида систолик шовкин, тахикардия. Тили курук, ок караш билан копланган. Корни юмшок, жигар ва талок пайпасланмайди. Пастернацкий синамаси кескин «+» унг томонидан, чап томондан бироз. УКТ: Эр-3,2; Нь 100 г/л, ЦП 0,8; Лейк. 12,5; СОЭ 26 мм/час. Пешоб тахлили: микдори 350, лойка. Нисбий зилиги: 1015; оксил 0,66%. канд abs, Чукма микроскопияси Лейк 60-80-100/1; Эр 5-8/1; эпителий 10-16/1, бактериялар- +++; Аддис-Каковский буйича пешоб тахлили: Эр-35000; Лейк-16000.

ДЕМОНСТРАЦИОН МАТЕРИАЛ:

Мавзу буйича мультимедияда слайдлар, рентгенограммалар, экскретор урограммалар, курсатилади.

Мавзу буйича 1 та бемор тахлил килинди.

АУДИТОРИЯГА САВОЛЛАР:

1. Сурункали пиелонефритга олиб келувчи сабаблар тандай?
2. Сурункали пиелонефритнинг таснифи?
3. Сурункали пиелонефритни даволаш.

ХУЛОСА

Демак, Сурункали пиелонефрит тиббиёт амалиётида кенг учрайди. Уларни °з ваџида аниџлаш, бир-биридан фарџлай билиш, касалликни даволашнинг самарасини оширувчи омиллардан бири б°либ џисобланади. Касалликнинг ташхисини лаборатор текширувлар аџамиятининг катта эканлигини џисобга олиб, сурункали пиелонефритга хос лаборатор текширувларга °згаришларни фарџлай билиш талаб џилинади.

АДАБИџТЛАР :

1. Бобожонов С.Н. Ички касалликлар. Тиббиёт институтлари талабалари учун Т., Ибн Сино. 2003.
2. Внутренние болезни. Под ред. Ф.Комарова, В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. 2-ое перераб. И доп. Изд. М.Медицина. 1990., с 454-460.
3. Внутренние болезни. Лекции для студентов и врачей. Под ред. Б.И. Шулутко. – Л., 1991. С 364-373.
4. Внутренние болезни. В 10 книгах, ред. Т.Р.Харрисон, книга 6, перевод с английского языка. Под ред. Е.Браунвальд. М., Медицина, 1993. Инфекционные заболевания мочевых путей. Пиелонефрит и родственные с ними состояния. Уолтер Е.Стамм, Марвин Турн. С 341-342.
5. Маколкин В.И. Овчаренко С.И. Внутренние болезни. Руководство к практическим занятиям. М. Медицина. 1994.
6. Камолов Н.М. Куйлиев М.У. Ички касалликлар. Укув кулланмаси.- Т. Ибн Сино. 1991.
7. Моисеев В.С., Сумарков А.В. Внутренние болезни и ихособенности в тропиках. Учебное пособие. –М., Медицина. 1990. С 299-302.
8. Практическая нефрология / А.П.Пелешук, Л.А. Пыриг., Н.Я.Мельман и т.д. Под. Ред. Проф. А.П.Пелешука. 2-е изд. Киев.: Здоровья.1983.
9. Справочник не нефрологии./Авт.: И.Е.Тареева, С.О.Андросова. В.М. Ермоленко и др.: Под ред. И.Н.А.Мухина. М., Медицина, 1980
10. У.Б.Шаропов, Ф.Х.Гаффорова, У.И.Шодмонов, У.Б.Шаропов тахрири остида. – Т.:Ибн Сино, 1994.
11. . <http://www.meddean.luc.edu>
Энциклопедия обследования больного со множеством иллюстраций, краткое описание болезней, тестирование.
12. <http://www.embbs.com>
Истории болезни, обучение, атлас по КТ, ЭКГ и др.

